



PROTOCOLO

COLECISTITIS AGUDA

(Dr. Alonso Lago Farfan, Dr. Alvaro Mejia Gonzalez, Dr. Genaro Redondo Choles. Cirujanos Hospital San Jose de Maicao).

Revisado y adaptado a Hospital San Jose de Maicao de protocolos de Hospital General de Medellín.

ELABORO:

ALONSO LAGO FARFAN
Cirujano General

GENARO REDONDO
Cirujano General

REVISADO Y APROBADO:

GLORIA MESA
Subgerente Científica



OBJETIVO

Disminuir morbimortalidad a través de un diagnóstico y tratamiento oportuno de dicha patología.

DEFINICION

Colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula como consecuencia de la obstrucción del conducto cístico, usualmente por un cálculo, lo cual lleve a una distensión y a una subsiguiente inflamación química o bacteriana.

CLASIFICACIÓN

- Colecistitis calculosa¹, explica el 95% de las colecistitis
- Colecistitis acalculosa, el 5%
- Colecistitis gangrenada, es una colecistitis producida por cualquier etiología, pero muy severa y genera necrosis de la pared vesicular.

PATOGÉNESIS:

Puede ser causada por obstrucción del cístico debido a cálculo o a erosión de la

mucosa o inflamación por cálculo. La obstrucción del canal cístico resulta en distensión de la vesícula, la cual provoca interferencia con la irrigación sanguínea y el drenaje linfático.

Entre 15% y 30% de los pacientes con colelitiasis presenta bilis infectada, pero la

infección de la bilis es casi universal en los casos de colecistitis aguda, coledocolitiasis, estenosis u obstrucción biliar no tumoral. Cuando sólo ocurre la distensión aguda se produce el hidrops de la vesícula, que en nuestro medio se conoce como hidrocolecisto..²

La colecistitis acalculosa es de causa incierta y puede ser multifactorial: sensibilidad incrementada a la colonización bacteriana o bilis estática en la vesícula¹.

La vía biliar es estéril en condiciones normales a pesar de su comunicación con el

intestino delgado el cual está poblado de flora bacteriana endógena. La presencia de Ig A y la baja concentración de glucosa en la bilis, además de los mecanismos de barrera como el esfínter de Oddi, ayudan a preservar su esterilidad. Disrupción de la arquitectura normal puede resultar en infección.

Colangitis es causada generalmente por flora entérica, organismos gram negativos como: E coli, Klebsiella sp., Enterobacter sp., enterococo y pseudomona sp. Bacterias anaerobias pueden crecer pero generalmente no solas sino con aerobias.



En muchos estudios aleatorizados controlados se considera la colecistitis conjuntamente con la colangitis.

VALORACIÓN CLÍNICA

Alrededor de 50% de los pacientes con colelitiasis son asintomáticos y en ellos el

diagnóstico es incidental.¹

Dolor constante en el cuadrante superior derecho y a la palpación en HCD (Murphy),

anorexia, taquicardia, náuseas, vómito y fiebre (38°-38,5°C) alrededor del 10%, ictericia.

Más de dos terceras partes de los pacientes refieren cólico biliar previo.

El signo de Murphy, que es el intenso dolor que causa la palpación sobre el hipocondrio derecho, con interrupción de la respiración es patognomónico, aunque no siempre se halla presente.

En los pacientes de edad avanzada se obliteran o atenúan algunos de las manifestaciones clínicas por razones orgánicas o por tratamientos para enfermedades concomitantes: es frecuente observar ausencia de fiebre en las personas muy mayores, o en las que están tomando aspirina, esteroides o agentes antiinflamatorios no esteroideos.

La evolución es variable, según persista o no la obstrucción por el cálculo impactado, la edad y el estado circulatorio del paciente, el grado de infección bacteriana secundaria y la coexistencia de otras enfermedades, especialmente diabetes mellitus. La gangrena y perforación pueden ocurrir en forma precoz, en el tercer día luego de la iniciación de los síntomas, cuando todavía no se han desarrollado adherencias que más tarde crean un

verdadero sellamiento que aísla a la vesícula inflamada. En general la perforación se presenta tardíamente, hacia la segunda semana.

La tasa de perforación de una colecistitis aguda es baja, apenas del orden de 1 2%.²

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Hepatitis
- Absceso Hepático
- E.A.P. .Crisis ulcerosa.
- Litiasis Renal
- Pancreatitis

COMPLICACIONES 2:

- Necrosis y perforación
- Absceso pericolecístico
- Fístula por isquemia e infección
- Muerte: 20% en complicaciones no tratadas



AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

- Historia clínica y examen físico

- Laboratorio:

o Cuadro hemático: leucocitosis (mayor de 10.000) El hemograma permite establecer la existencia de un cuadro inflamatorio, mediante la demostración de leucocitosis, neutrofilia o bandemia. Cuando la leucocitosis supera los 20.000 debe sospecharse colecistitis gangrenosa y perforación con peritonitis o colangitis.³

o Puebas de función hepática: en los pacientes con colelitiasis es pertinente ordenar un perfil hepático completo, incluyendo niveles séricos de fosfatasa alcalina, gamaglutamil transpeptidasa (GGTP), transaminasas, bilirrubinas.

Estos niveles aparecen normales en los casos asintomáticos, con cólico biliar y con colecistitis crónica, pero en la colecistitis aguda puede verse elevación de las bilirrubinas a expensas de la directa, por el fenómeno obstructivo de la inflamación de la vesícula sobre el conducto biliar mayor, lo cual ocurre hasta en un 10% de los casos.³ o Bun Creatinina, glicemia según edad y/o enfermedades concomitantes o Pruebas de coagulación si hay ictericia o trastornos hematológicos o Rayos X tórax y EKG según edad y/o enfermedades concomitantes o Amilasa sérica: debe tenerse en cuenta que en la colecistitis aguda y en la coledocolitiasis sintomática también puede haber elevación, aunque modesta, de la amilasa sérica.³

- Confirmación imagiológica:

o Ecografía: Es la primera imagen diagnóstica para acercarse a paciente con dolor agudo del cuadrante superior derecho. Es sensible y específica para demostrar cálculos, dilatación de la vía biliar y los hallazgos que sugieren enfermedad inflamatoria aguda.³ Posee una certeza diagnóstica superior a 95%, con sensibilidad y especificidad que superan esta cifra.³ En la mayoría de los casos la ultrasonografía es el único examen necesario para establecer el diagnóstico con un alto grado de certeza.² En pacientes con colecistitis nacalculosa los hallazgos no son específicos. o Tomografía: Especialmente útil para confirmar la extensión de la enfermedad cuando la visualización en la ecografía fue limitada (obesos, presencia de drenajes, heridas abiertas), y en visualización de la naturaleza de las complicaciones de la colecistitis.

INDICACIONES DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

- Paciente sépsis severa, shock séptico y Síndrome de dificultad respiratoria del adulto
- Paciente con comorbilidades que así lo ameriten

TRATAMIENTO:

- Hospitalizar
- N.V.O.
- Hidratación . L.E.V.
- Antibióticos.



PROTOCOLO COLECISTITIS AGUDA

CIE-PT-013

PAGINA:
5

VERSION No: 01

- De uso profiláctico, cefalotina ampolla 1 gr ev durante la inducción anestésica.
- Analgésicos: Hioscina butilbromuro + Dipirona, Tramadol, meperidina o morfina de acuerdo a la respuesta clínica del paciente a los analgésicos.
- Tratamiento médico:

o Si el paciente no acepta cirugía. Iniciar analgésicos indicado en el ítem anterior y antibioticoterapia con ampicilina sulbactam amp. 1.5 gr ev cada 6 horas, vigilar signos de respuesta inflamatoria sistémica.

o Paciente quien no tolere anestesia

o Colelitiasis asintomática: considerados de bajo riesgo y con laboratorios negativos²

Colecistostomía: En ciertas circunstancias de muy alto riesgo está indicada la colecistostomía percutánea guiada por imágenes. El procedimiento también puede ser

practicado en forma abierta y, en algunos casos, con anestesia local. Es de gran utilidad

en pacientes de edad muy avanzada o con severa enfermedad cardíaca o pulmonar, o

en aquellos en estado crítico por enfermedad grave asociada, en quienes el riesgo de una colecistectomía resulta prohibitivo. También puede estar indicado en casos de

empiema severo de la vesícula biliar (.piocolecisto.), donde el severo proceso inflamatorio puede hacer muy peligrosa la disección.²

Cirugía o Laparoscopia: de elección

* Colelitiasis asintomática con alto riesgo: se debe realizar una colecistectomía laparoscópica electiva, con miras a evitar complicaciones futuras, operaciones de urgencia en edades avanzadas o en pacientes con enfermedades concomitantes y a evitar la aparición del muy maligno carcinoma de la vesícula biliar.³

* Colecistitis aguda clasificada como ASA 1, 2 y 3: según el riesgo anestésico según la clasificación ASA (American Society of Anesthesiology) deben ser llevados a colecistectomía laparoscópica una vez se haya controlado el cuadro agudo, durante la misma hospitalización.

(Los clasificados como ASA 4 ó 5, cuyo riesgo anestésico es elevado, deben ser drenados mediante colecistostomía percutánea y más adelante, una vez resuelto el episodio agudo, se considera la posibilidad de colecistectomía laparoscópica durante la misma hospitalización o diferida).³

* La incidencia de lesiones de la vía biliar común luego de colecistectomía abierta es reportada como de 0,7% en forma global, incluyendo 0,32% para lesión mayor y 0,41% para lesión menor (filtraciones). La incidencia de lesión de vía biliar común en colecistectomía laparoscópica es de 0,85% en forma global, incluyendo 0,52% para lesión mayor y 0,33% para lesión menor^{4,5} (Evidencia III3)

Ventajas de la Cirugía Laparoscópica:

v Colecistectomía laparoscópica (CL) reduce el tiempo de estancia hospitalaria



PROTOCOLO COLECISTITIS AGUDA

CIE-PT-013

PAGINA:
6

VERSION No: 01

v Conversión a cirugía abierta es necesaria en solo en el 16-27%,, 6
v CL mejora el resultado intra y pos operatorio respecto a la cirugía abierta^{6,7,8}
v CL reduce en forma significativa las complicaciones postoperatorias si se compara con la cirugía abierta. Complicaciones mayores como infarto de miocardio, neumonía, sepsis, trombo embolismo, infecciones serias de la herida quirúrgica, hernia incisional tardía, obstrucción intestinal por bridas y coledocolitisis residual.

Complicaciones menores como diarrea, infección urinaria. 6

v CL se asocia a menor número de complicaciones si es realizada por cirujanos de

experiencia

o Cirugía Abierta

v Cirugía abierta se indica en pacientes con fístula al colédoco o a intestino y en algunos pacientes con perforación y absceso. Conversión de CL a abierta se requiere si la primera no puede ser completada sin riesgo de lesión a las estructuras

adyacentes o si no es posible parar un sangrado⁹ v La cirugía temprana (abierta o laparoscópica) reduce la estancia hospitalaria si se compara con la cirugía (abierta o laparoscópica) retardada^{10,11}. Este último comportamiento genera un 23% de cirugías urgentes por recurrencia de los síntomas. No hay diferencia en cuanto a las complicaciones pre o post quirúrgicas ni en la mortalidad. El porcentaje de conversión de CL a CA no difiere en ambos grupos v Pacientes con Colecistitis aguda, con factores comorbidos descompensados y con relativa contraindicación para la cirugía reciben tratamiento médico con: antibióticos, dieta baja en grasa y ocasionalmente colecistostomía. Se llevan a cirugía tardía, una vez sus factores comorbidos estén controlados.

ESTADOS ESPECIALES²:

COLECISTITIS ENFISEMATOSA:

Ocurre con una frecuencia baja, del orden de 1-2% de los casos de colecistitis aguda, pero constituye una entidad muy grave y de rápida progresión, que se acompaña de un cuadro agudo y tóxico, con fiebre y elevada leucocitosis.

La gangrena de la vesícula es común. Tiene especial predilección por hombres diabéticos mayores de 60 años.

El hallazgo radiológico característico es la presencia de burbujas de gas indicativas de una infección anaeróbica de la vía biliar, generalmente por *Clostridium perfringens* y otros clostridios, pero también por *E coli*, *Klebsiella* o estreptococos anerobios. El gas demarca los bordes de la vesícula y es visible en las radiografías simples de abdomen.

La TAC demuestra con alto grado de certeza la presencia del gas en una vesícula con severa inflamación aguda.

El tratamiento único es la colecistectomía de emergencia, con adecuado cubrimiento antibiótico, pero en algunos casos de alto riesgo es conveniente optar por la colecistostomía.

COLECISTITIS ACALCULOSA:



PROTOCOLO COLECISTITIS AGUDA

CIE-PT-013

PAGINA:
7

VERSION No: 01

Se define como una inflamación aguda de la vesícula biliar en ausencia de cálculos y representa aproximadamente 4-8% de los casos de colecistitis aguda. En contraste con la colecistitis aguda calculosa que tiene predilección por el sexo femenino, ésta lo tiene por el masculino, con una relación de 1,5:1. El diagnóstico se hace en la misma forma que en la colecistitis aguda litásica, por ultrasonografía y/o escintigrafía HIDA.

La colecistectomía laparoscópica presenta problemas técnicos por el estado inflamatorio local, con edema y fibrosis que borran las estructuras anatómicas. Por ello el abordaje preferido es la colecistectomía abierta una vez establecida la presencia de cambios gangrenosos.²

PACIENTES DE ALTO RIESGO:

Existen pacientes que consideramos de alto riesgo y que, por lo tanto, para ellos se plantea un esquema terapéutico diferente, fundamentalmente la consideración de colecistectomía profiláctica. Estos son:

- . Pacientes con enfermedades concomitantes que en caso de presentar alguna complicación secundaria a la colelitiasis puedan tener alta morbilidad y mortalidad a pesar de un tratamiento adecuado, especialmente los pacientes con diabetes mellitus.
- . Pacientes jóvenes con larga expectativa de vida; que tienen una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones con el paso de los años.
- . Pacientes con cambios anatómicos de la vesícula, como calcificaciones (vesícula en porcelana), que exhiben un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vesícula.
- . Pacientes que por razones étnicas y geográficas tienen una mayor predisposición a presentar cáncer de vesícula.³

Nota: no contamos en el momento en la institución con el recurso de laparoscopia, pero debe quedar mencionado, por ser el manejo actual de esta patología.



BIBLIOGRAFIA

- 1 Fajardo R. Guías para el manejo de colecistitis. Fundación Santa Fe de Bogotá.
- 2 Isch JH et al. Perforation of the gallbladder. Am J Gastroenterol 1971;55:451-458
- 3 Handbidge Anthony E, et al. Imaging Evaluation for Acute Pain in the Right Upper Quadrant. Department of Medical Imaging, University Health Network and Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Ontario, Canada. Presented as a refresher course at the 2002 RSNA scientific assembly.
- 4 Strasberg S.M, Soper N.J, et al : An Analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Ann Coll Surg. 1995; 180: 101-125.
- 5 Yamashita Y, et al : Evaluation of two training programs for laparoscopic cholecystectomy incidence of mayor complications. World j Surg. 1994; 18: 279-285.
- 6 Eldar S et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy in acute cholecystitis. Sur Laparosc Endosc 1997;7:407-414
- 7 Kiviluoto T et al. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute colecistitis. Lancet 1998;351:321-325
- 8 Schiedeck THK et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute colecistitis. Min Invasive Chirurg 1997;6:48-51
- 9 Shea JA, et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis. Ann Surg 1996;224:609-20
- 10 Papi C et al. Timing of cholecystectomy for acute calculous colecistitis: a metaanalysis. Am J Gastroenterol 2004;99:147-155
- 11 Johansson M et al. Management of acute colecistitis in the laparoscopic era: results of. a prospective, randomized clinical trial. J Gastrointest Surg 2003;7:642-. 645.